

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N<sup>o</sup> 94

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis LOTIRON

Né le 18 novembre 1906, à Puy-Guillaume (Puy-de-Dôme)

L'INFECTION MIXTE  
SYPHILO-LYMPHOGRANULOMATEUSE

*Président : M. GOUGEROT, Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis LOTIRON

Né le 18 novembre 1906, à Puy-Guillaume (Puy-de-Dôme)

L'INFECTION MIXTE  
SYPHILO-LYMPHOGRANULOMATEUSE

Président : M. GOUGEROT, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

# DOYEN... M. BALTHAZARD

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                  |                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                   | ROUVIÈRE.         |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....     | N...              |
| Physiologie .....                                                | Léon BINET.       |
| Physique médicale.....                                           | STROHL.           |
| Chimie médicale.....                                             | DESGREZ.          |
| Bactériologie .....                                              | DEBRÉ.            |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                       | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale.....                                         | CLERC.            |
| Pathologie chirurgicale.....                                     | MARION.           |
| Anatomie pathologique.....                                       | ROUSSY.           |
| Histologie .....                                                 | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale.....                           | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                              | LOEPER.           |
| Hygiène et médecine préventive.....                              | TANON.            |
| Médecine légale .....                                            | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                  | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                        | FIESSINGER.       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                    | Maurice VILLARET. |
| Clinique médicale.....                                           | CARNOT.           |
|                                                                  | BEZANÇON.         |
|                                                                  | ACHARD.           |
|                                                                  | Marcel LABBÉ.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                  | LEREBoullet.      |
| Clinique des maladies des enfants.....                           | NOBÉCOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale... | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....             | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                    | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses.....                          | LEMIERRE.         |
|                                                                  | LENORMANT.        |
| Clinique chirurgicale.....                                       | CUNEO.            |
|                                                                  | GRÉGOIRE.         |
|                                                                  | GOSSET.           |
| Clinique ophtalmologique.....                                    | TERRIEN.          |
| Clinique urologique.....                                         | LEGUEU.           |
| Clinique d'accouchements.....                                    | COUVELAIRE.       |
|                                                                  | BRINDEAU.         |
|                                                                  | JEANNIN.          |
| Clinique gynécologique.....                                      | J.-L. FAURE.      |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....               | OMBREDANNE.       |
| Clinique thérapeutique médicale.....                             | RATHERY.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique.....                           | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                         | Pierre DUVAL.     |
| Clinique propédeutique.....                                      | SERGEANT.         |
| Clinique de la tuberculose.....                                  | Léon BERNARD.     |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....             | MATHIEU.          |
|                                                                  | HOVELACQUE.       |
| Professeurs sans chaire.....                                     | MAUCLAIRE.        |
|                                                                  | MULON.            |
|                                                                  | VERNE.            |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.  
 AUBERTIN .... Pathologie médicale.  
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.  
 BROcq ..... Pathologie chirurgicale.  
 BRULÉ ..... Pathologie médicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CADENAT ..... Pathologie chirurgicale.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 CHABROL ..... Pathologie médicale.  
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.  
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique.  
 DONZELOT .... Pathologie médicale.  
 ÉCALE ..... Obstétrique.  
 FEY ..... Urologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.  
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.  
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie  
                                   chirurgicale.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.  
 HARVIER ..... Pathologie médicale.  
 HAZARD ..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN .... Anatomie pathologique.  
 HUTINEL ..... Pathologie médicale.  
 JOANNON ..... Hygiène.

### MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.  
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.  
 LIAN ..... Pathologie médicale.  
 MONDOR ..... Pathologie chirurgicale.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.  
 MOURE ..... Pathologie chirurgicale.  
 OBERLING .... Anatomie pathologique.  
 OLIVIER ..... Anatomie.  
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 QUÉNU ..... Pathologie chirurgicale.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SANNIÉ ..... Chimie biologique.  
 SÉZARY ..... Dermatologie et Syphili-  
                                   graphie.  
 TROISIÈRE ..... Pathologie expérimentale  
                                   et comparée.  
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie  
                                   médicale.  
 VAUDESCAL .. Obstétrique.  
 VELTER ..... Ophtalmologie.  
 VIGNES ..... Obstétrique.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

LEQUEUX ..... Obstétrique.  
 LEROUX ..... Anatomie pathologique.  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

### MM.

RETTERER .... Histologie.  
 ZIMMERN ..... Physique.

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

### A TITRE PERMANENT

| MM.           |                        | MM.            |                        |
|---------------|------------------------|----------------|------------------------|
| ABRAMI .....  | Clinique médicale.     | MOCQUOT .....  | Clinique chirurgicale. |
| CHIRAY .....  | Clinique médicale.     | PROUST .....   | Clinique chirurgicale. |
| N. ....       | Clinique médicale.     | SCHWARTZ ...   | Clinique chirurgicale. |
| DUVOIR .....  | Clinique médicale.     | LE LORIER .... | Clinique obstétricale. |
| BASSET .....  | Clinique chirurgicale. | LÉVY-SOLAL ..  | Clinique obstétricale. |
| CHEVASSU .... | Clinique chirurgicale. | METZGER .....  | Clinique obstétricale. |
| HEITZ-BOYER   | Clinique chirurgicale. | GUÉNIOT .....  | Clinique obstétricale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                                              |   |                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M.A. MAUCLAIRE, professeur sans chaire ..... | { | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY .....                                   |   | Stomatologie.                                                                                                                          |
| CHAILLEY-BERT, agrégé....                    |   | Éducation physique.                                                                                                                    |
| LEDOUX-LEBARD .....                          |   | Radiologie clinique.                                                                                                                   |
| WEIL-HALLÉ.....                              |   | Puériculture.                                                                                                                          |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

A MA GRAND'MÈRE

*Très affectueusement.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde affection.*

A MA SOEUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques  
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a fait le très grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.  
En témoignage de respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a donné l'idée et les éléments de ce travail. Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux dévouement.*

A MES PREMIERS MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

Docteurs : QUIQUANDON  
LEPETIT (*in memoriam*)  
PAKOWSKI  
MERLE  
RONGIER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Professeurs : GUILLAIN (Salpêtrière)  
BRINDEAU (Clinique Tarnier)  
TERRIEN (Hôtel-Dieu)  
CLAUDE (Asile Sainte-Anne)  
LEMAITRE (Lariboisière)  
LEGUEU (Necker)  
Docteurs : LORTAT-JACOB (*in memoriam*) (Saint-  
Louis)  
LESNÉ (Trousseau)

# L'INFECTION MIXTE

## SYPHILO-LYMPHOGRANULOMATEUSE

---

Isolé en 1913 du groupe des adénopathies vénériennes par Nicolas-Favre et Durand, la lymphogranulomatose inguinale subaiguë que l'on appelle communément maladie de Nicolas-Favre ou poradénite, constitue une entité morbide parfaitement définie.

La quatrième maladie vénérienne longtemps niée par certains auteurs qui voulaient la réduire au cas de bubon chancrelleux sans porte d'entrée, n'est plus maintenant discutée par personne et cela depuis la connaissance de la réaction de Frei qui, découlant de l'expérimentation biologique, a achevé le travail d'identification entrepris mais inachevé par la clinique et l'anatomie pathologique.

Cette maladie vénérienne a pris ces dernières années une grande extension qui n'est vraisemblablement pas due au seul fait que nous savons la diagnostiquer avec certitude.

La maladie de Nicolas-Favre a fait l'objet de nombreux travaux aux premiers rangs desquels il faut citer ceux de Nicolas-Favre, Lebeuf, Gaté, Ravaut, Sézary, P. Chevallier qui ont, d'une part, précisé sa symptomatologie qui est essentiellement polymorphe, décrit ses formes extra-génitales (Jersild) et, d'autre

part, précisé la technique et la valeur séméiologique de la réaction de Frei.

Parmi les formes cliniques très nombreuses de la maladie de Nicolas-Favre, assez fréquentes sont ses associations à d'autres affections vénériennes, soit chancre mou, soit syphilis.

Nicolas admet la possibilité de ces associations.

« Dans quelques cas, écrit-il, on voit l'adénopathie caractéristique que nous avons décrite accompagner ou suivre soit des gonococcies vraies, soit des chancres simples indiscutables, soit même des chancres syphilitiques avérés. Nous estimons que de semblables faits où les lésions ganglionnaires s'accompagnent de l'intradermo-réaction spécifique de Frei positive, ne peuvent s'interpréter que par l'existence dans ces cas d'infections mixtes, gono-lymphogranulomateuses, chancello-lymphogranulomateuses, *syphilo-lymphogranulomateuses*. »

Le bubon poradéno-chancrelleux est considéré par les différents auteurs comme relativement fréquent ; par contre, le bubon syphilo-poradénique est considéré comme rare et les observations publiées en sont peu nombreuses.

La première en date nous semble être celle de P. Chevallier en 1929. L'année suivante, Petges, Lecoulant et Delas en rapportent un cas. Ultérieurement, quelques auteurs font allusion aux infections mixtes sans en apporter d'exemples précis. Mais tout récemment en 1932 Sézary et Lenègre en rapportent trois cas particulièrement bien étudiés que nous

reproduirons d'ailleurs dans cette thèse consacrée à l'infection syphilo-poradénique.

Nous aurons surtout en vue les cas où la syphilis primaire et la maladie de Nicolas-Favre se manifestent simultanément ayant peut-être mais non certainement été contractées ensemble.

Ce n'est qu'incidemment que nous parlerons de la poradénite chez les syphilitiques ou de la syphilis chez les malades atteints de lymphogranulomatose inguinale.

La réaction de Frei ayant pour le diagnostic de la poradénite une valeur équivalente sinon supérieure à celle de la réaction de Wassermann dans la syphilis, nous étudierons enfin la valeur de ces réactions en cas d'infections mixtes syphilis-lymphogranulomatoses.

L'étude de cette association nous a semblé intéressante en raison de la fréquence relative et de sa difficulté de diagnostic, résultant du polymorphisme clinique et évolutif de la maladie de Nicolas-Favre.

---

## *Généralités*

---

Sous le vocable d'infections mixtes syphilo-poradéniques nous étudierons tous les cas où apparaissent simultanément ou à un court intervalle les manifestations cliniques et biologiques de la syphilis primaire et de la lymphogranulomatose inguinale.

C'est avec intention que nous n'avons pas voulu réduire notre étude à celle de l'infection simultanée syphilo-poradénique.

La notion de deux affections contractées simultanément étant essentiellement subjective et dépendant surtout des affirmations des malades, nous nous placerons volontairement sur le seul terrain clinique ; nous examinerons seulement les modalités cliniques résultant de la coexistence chez un même malade de syphilis primaire et de maladie de Nicolas Favre.

### **Fréquence.**

La coexistence d'une syphilis primaire et d'une maladie de Nicolas-Favre n'est certainement pas aussi rare que la majorité des auteurs l'écrivent.

Sézary sur soixante cas de poradénite inguinale a trouvé six fois une syphilis primaire associée.

Ce chiffre de 10 % basé sur une seule statistique ne prétend pas fixer avec certitude la fréquence du bubon syphilo-poradénique par rapport à celle de la poradénite, il indique seulement que cette affection est relativement fréquente et peut toujours à juste titre être redoutée.

Certains auteurs ayant constaté la fréquence relative de la poradénite chez les anciens syphilitiques ont pensé que la syphilis faisait le lit de la maladie de Nicolas-Favre.

Nous pensons plus simplement que ce fait est banal et dépend seulement de la vie génitale imprudente et des habitudes sexuelles des malades.

### **Sexe.**

La femme étant beaucoup moins atteinte que l'homme, de maladie de Nicolas Favre typique ou décelable cliniquement, le bubon syphilo-poradénique nous a semblé très rare chez elle, mais en fait la proportion intrinsèque de l'infection mixte par rapport à la poradénite simple est vraisemblablement égale à celle de l'homme. C'est ainsi que sur neuf cas de maladie de Nicolas-Favre chez la femme, nous avons rencontré un cas de bubon syphilo-poradénique.

### **Chronologie des symptômes.**

La maladie de Nicolas-Favre a une incubation variable qui peut aller de 10 à 25 jours, et les ganglions poradéniques n'apparaissant typiques que 10 à 12 jours après le début réel de l'affection tandis que la syphilis de son côté a une incubation variable de 18 à 60 jours. Trois éventualités cliniques sont possibles, que les contagions aient été simultanées ou qu'au contraire les deux affections aient été contractées successivement :

- 1° La syphilis primaire et la maladie de Nicolas-Favre se manifestent simultanément ;
- 2° La syphilis précède la maladie de Nicolas-Favre ;
- 3° La maladie de Nicolas-Favre précède la syphilis.

Ce sont ces trois aspects cliniques que nous allons envisager et discuter.

---

## *Etude clinique.*

---

### I

#### **La syphilis et la maladie de Nicolas-Favre se manifestent simultanément.**

##### **OBSERVATION I**

(Sézary et Lenègre).

R... Louis, 40 ans, camelot, nous consulte pour une syphilis récente typique, caractérisée par un chancre induré du sillon balano-préputial datant d'un mois environ.

L'examen ultra-microscopique montre la présence de tréponèmes.

Il existe des syphilides frontales et palmo-plantaires.

Les réactions de Hecht et de Meinicke sont fortement positives.

Dès ce moment on est frappé par les caractères anormaux de l'adénopathie, qui est bilatérale, volumineuse et très douloureuse.

L'auto-inoculation de la sérosité du chancre reste négative, de même que l'intra-dermo-réaction au vaccin anti-chancrelleux.

Un traitement anti-syphilitique intensif guérit rapidement les lésions cutanées et le chancre, mais reste sans action sur les adénites, bien qu'on lui ait associé neuf injections intraveineuses de Dmelcos. Au contraire, les ganglions inguinaux gauches grossissent, formant un énorme bloc douloureux qui fuse dans la fosse iliaque.

L'intradermo-réaction de Frei est alors nettement positive, le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale s'impose et est confirmé par l'évolution longue et rebelle (plusieurs mois), le ramollissement et la fistulisation des ganglions gauches, une récurrence ultérieure et récente du côté droit.

## OBSERVATION II

(Sézary et Lenègre).

Cl... Raymond, 29 ans, garçon de café, vient consulter le 26 décembre 1931 pour un chancre induré du sillon balano-préputial datant de quinze jours environ.

L'adénopathie inguinale droite a un volume insolite, les réactions de Meinicke et de Hecht sont déjà fortement positives.

Le traitement arséno-bismuthique cicatrise le chancre, mais reste sans action sur les ganglions.

Bien que l'intradermo-réaction de Ito-Reenstierna soit négative, on pratique six injections intraveineuses de Dmelcos pendant le mois de janvier 1932. L'adénopathie augmente de volume et gagne la fosse iliaque droite, formant un bloc volumineux, rouge et tuméfié.

L'intradermo-réaction de Frei est fortement positive le

17 février et la lymphogranulomatose inguinale prend sa symptomatologie typique.

En mars, ramollissement, suppuration et ouverture. Le pus retiré par ponction des ganglions a servi pour la préparation d'un excellent antigène de Frei.

### OBSERVATION III

(Sézary et Lenègre).

H... Lucien, chiffonnier, âgé de 30 ans, sans antécédent vénérien, entre dans le service le 8 juin 1932 pour un phimosis.

Vers le 20 mai, il a remarqué une petite écorchure rouge et peu douloureuse de la face interne du prépuce. Le phimosis ne s'est constitué qu'au bout de deux semaines.

Le 10 juin, l'examen local permet, malgré le phimosis et la balanite, de voir et de palper un chancre syphilitique typique de la face muqueuse du prépuce près de son orifice. Le prépuce est œdématié, infiltré ; dans la région correspondant au chancre, on sent à la palpation un placard induré, gros comme une noisette.

L'adénopathie est bilatérale, mais prédomine à gauche où elle est volumineuse, douloureuse spontanément et à la pression. Sa coloration rouge, son empatement, son immobilité et sa sensibilité ne laissent aucun doute sur sa nature inflammatoire.

Sa propagation très étendue aux ganglions cruraux et surtout aux ganglions iliaques profonds nous fait soupçonner une lymphogranulomatose associée. A droite, il existe

plusieurs gros ganglions assez mobiles, quoique rouges et un peu douloureux à la pression.

On trouve par ailleurs un ganglion épitrochléen de chaque côté, et quelques petits ganglions cervicaux et axillaires.

Les réactions de Hecht et de Meinicke sont fortement positives.

L'intradermo-réaction, faite le 10 juin avec l'antigène, lymphogranulomateux, détermine l'apparition d'une papule volumineuse, nettement perceptible encore trois semaines après.

Le malade est soumis depuis un mois d'une part au traitement arséno-bismuthique, d'autre part au traitement stibié.

Les adénopathies ont diminué de volume, les fosses iliaques sont libres. Mais à gauche il persiste toujours des ganglions gros comme des amandes, mal séparés les uns des autres et soudés à l'arcade crurale.

Ces 3 observations sont caractéristiques et calquées les unes sur les autres.

D'une part les malades présentent tous un chancre induré qui a les caractères et les caractères seuls du chancre syphilitique avec constatation de tréponèmes à l'ultra-microscope et réactions sanguines fortement positives.

D'autre part ils sont porteurs d'adénopathies inguinales bilatérales qui ne revêtent pas le type des adénopathies syphilitiques.

Dans l'observation II, l'adénopathie inguinale

droite est seule du type inflammatoire, l'adénopathie inguinale gauche ayant le type syphilitique.

*C'est le caractère inflammatoire des adénopathies qui fait soupçonner l'association poradénique.*

Il convient d'insister spécialement sur les quatre particularités suivantes :

1<sup>o</sup> Les adénopathies sont formées de ganglions nombreux adhérents à la peau et au plan profond avec grosse périadénite.

2<sup>o</sup> Ces ganglions sont douloureux aussi bien spontanément qu'à la pression, ils ont un caractère nettement inflammatoire.

3<sup>o</sup> L'adénopathie n'est pas limitée à la seule région inguinale, elle atteint les ganglions cruraux et surtout les ganglions de la chaîne iliaque interne.

Par la palpation on sent au-dessus de l'arcade crurale une masse unie ou plurilobulée, douloureuse, difficilement mobilisable qui se perd dans la profondeur et que le bout des doigts recourbés accroche facilement.

Une telle adénopathie quasi constante dans la lymphogranulomatose inguinale est exceptionnelle dans la syphilis primaire.

4<sup>o</sup> Ces ganglions non traités ou traités seulement par la médication arséno-bismuthique évoluent à peu près toujours vers le ramollissement et la fistulisation.

En effet et c'est là un caractère important, le traitement anti-syphilitique qui réduit assez facilement le bubon primaire est sans action ou n'a qu'une action

éphémère, peut-être alassothérapique, sur cette adénopathie poradénique inflammatoire.

Biologiquement et c'est le fait essentiel, la maladie de Nicolas-Favre est prouvée dans tous ces cas par la réaction de Frei qui est fortement et constamment positive.

Telles sont les manifestations cliniques habituelles de la syphilis et de la lymphogranulomatose quand elles évoluent simultanément.

Le *diagnostic* ne présente pas de très grandes difficultés.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour admettre que l'adénopathie syphilitique primaire ne suppure jamais et qu'il y a lieu par conséquent devant l'association d'un chancre syphilitique et d'une adénopathie inflammatoire d'affirmer l'existence d'une infection associée.

L'infection à laquelle on pense surtout parce qu'elle est la plus anciennement connue et aussi parce qu'elle est la plus fréquente, c'est le bubon chancrelleux.

Les formes typiques du chancre mou associées ne sont pas à discuter. Les caractères du chancre mixte, l'évolution rapide uni-ganglionnaire et uni-latérale vers une suppuration qui s'extériorise par un orifice unique, l'absence d'adénopathie iliaque sont autant d'éléments qui permettent d'éliminer la maladie de Nicolas-Favre.

Il est cependant des cas difficiles qui résultent du polymorphisme clinique et évolutif extrême de la

lymphogranulomatose inguinale et aussi de certaines modalités du bubon chancrelleux qui font que dans quelques cas particuliers les deux affections peuvent réaliser des tableaux cliniques très voisins.

En somme, quand il y a coexistence d'un chancre syphilitique et d'une adénopathie inflammatoire, on est cliniquement certain qu'il existe une association morbide, mais ce sont les épreuves dites biologiques qui fixent le diagnostic avec certitude.

De toutes ces épreuves la plus importante est l'intradermo-réaction de Frei avec l'antigène lymphogranulomateux.

*Positive*, elle affirme que l'adénopathie inflammatoire concomittante au chancre syphilitique est le fait d'une maladie de Nicolas-Favre.

*Négative*, exception faite des réactions précoces, elle indique avec certitude, par élimination, qu'il ne s'agit pas de poradénite mais vraisemblablement de bubon chancrelleux. Les adénopathies inflammatoires dûes aux pyogènes banaux ou les adénopathies pesteuses et bacillaires n'étant que des exceptions cliniquement et évolutivement différentes des adénopathies poradéniques et chancrelleuses.

## II

### La Maladie de Nicolas-Favre est cliniquement secondaire à la syphilis.

Ces cas sont assez difficiles à interpréter. Nous en apportons deux observations démonstratives.

#### OBSERVATION IV

B... Robert, 23 ans, est admis dans le service, en octobre 1932 pour un chancre syphilitique du sillon balano-préputial.

Il présente une adénopathie inguinale bilatérale qui a tous les caractères de l'adénopathie syphilitique primaire.

Il est mis au traitement arséno-bismuthique. Très rapidement le chancre s'épidermise mais les ganglions ne sont pas influencés.

Deux mois plus tard, soit en décembre, le malade entre à nouveau dans le service. Il présente un bubon fluctuant de l'aîne droite qui fait penser cliniquement à un bubon chancrelleux.

On constate cependant que l'adénopathie n'est pas unique et qu'il existe dans les deux plis inguinaux des ganglions nombreux peu mobiles et douloureux.

Une intradermo-réaction au Dmelcos est alors positive tandis que la réaction de Frei est négative. Il convient cependant de noter que le malade ayant eu quelques années auparavant un chancre mou, l'intradermo-réaction au

Dmelcos ne signifie pas obligatoirement que le bubon actuellement présenté soit un bubon chancrilleux.

Le malade est cependant mis au traitement par le vaccin anti chancrilleux, une certaine amélioration se produit, le bubon ne s'ouvre pas à la peau et regresse manifestement mais incomplètement, et fin décembre le malade sort sur sa demande de l'hôpital.

Il présente encore des ganglions inguinaux bilatéraux qui n'ont aucun caractère inflammatoire.

Le malade ne tarde d'ailleurs pas à revenir à l'hôpital (fin janvier), il présente à ce moment une maladie de Nicolas-Favre des plus typiques avec spécialement des adénopathies iliaques, volumineuses.

L'intradermo-réaction de Frei est très fortement positive, l'intradermo-réaction au Dmelcos moyennement positive.

Il convient de noter que le malade affirme ne pas avoir eu de rapports sexuels depuis une date qu'il fixe à environ 20 jours avant l'apparition du chancre syphilitique.

En résumé, ce malade a d'abord présenté un chancre syphilitique, puis une maladie de Nicolas-Favre avec peut-être entre temps un bubon chancrilleux.

#### OBSERVATION V

B... Ahmed, 29 ans.

Entre à l'hôpital Saint-Louis fin décembre 1932 pour un chancre syphilitique typique du sillon balano-préputial. On découvre des tréponèmes à l'ultramicroscope.

Cette lésion existe depuis 15 jours environ.

Réactions de Hecht et de Meinicke positives.

Les adénopathies iliaques n'offrent aucun caractère spécial et prédominant à droite.

Mis au traitement arséno-bismuthique sa 1<sup>re</sup> série est terminée le 17 février.

Le 22 mars il rentre à nouveau à l'hôpital pour des adénopathies inguinales droites ayant tous les caractères d'une maladie de Nicolas et Favre, qui se sont développées progressivement depuis un mois environ.

Intradermo-réaction de Frei fortement positive.

Réaction de Hecht négative, de Meinicke positive.

Le malade reçoit une nouvelle série mixte arséno-bismuthique.

Sous la seule influence de ce traitement et du repos au lit, la maladie de Nicolas-Favre est cliniquement guérie le 18 mai.

Un fait ressort nettement de ces deux observations, c'est que la syphilis et la maladie de Nicolas-Favre ont évolué pour leur propre compte, indépendamment l'une de l'autre. Cliniquement on constate une apparition successive et non une imbrication des symptômes de la syphilis primaire et de la poradénite.

Le diagnostic se fait sans difficulté par étapes.

L'incubation de la maladie de Nicolas-Favre étant habituellement plus courte que celle de la syphilis, on est tenté d'admettre que dans les cas précédents les contaminations ont été successives. Cependant le malade de l'observation IV est formel, et indique avec

précision la date de ses rapports sexuels et semble démontrer par là que les deux affections ont été contractées ensemble.

On ne peut expliquer l'évolution spéciale de ce cas que par une incubation anormalement longue de la poradénite inguinale ou bien au contraire par un aspect syphiloïde, non inflammatoire, non suppuré de la lymphogranulomatose inguinale au début.

Cette dernière hypothèse nous semble assez vraisemblable : elle correspond d'ailleurs aux formes dites sèches de la maladie de Nicolas-Favre qui ne sont pas exceptionnelles et représentent habituellement un simple stade initial de la poradénite (P. Chevalier).

La réaction de Frei qui s'est montrée une fois négative alors que la maladie de Nicolas-Favre n'existait pas encore cliniquement ne permet pas de rejeter *a priori* cette explication, car l'on sait que cette réaction n'est pas immédiatement positive dès le début de la lymphogranulomatose inguinale.

On peut malgré tout déduire avec vraisemblance de ces deux observations qu'il faut, chez un syphilitique primaire dont l'adénopathie n'est pas nettement influencée par le traitement arséno-bismuthique, redouter une association poradénique, même si les ganglions n'ont pas l'aspect classique de ceux de la maladie de Nicolas-Favre. Il faut alors pratiquer des intradermo-réactions en série.

Ces observations nous suggèrent encore les réflexions suivantes : si les malades n'avaient pas consulté pour

leur chancre syphilitique; s'ils n'avaient été vus que tardivement alors qu'ils étaient atteints de poradénite inguinale évidente, il est vraisemblable, le chancre s'étant cicatrisé spontanément, que celui-ci eut rétrospectivement été considéré à tort comme la porte d'entrée du virus lymphogranulomateux jusqu'à ce que l'apparition des accidents secondaires, ou une réaction de Wassermann faite systématiquement eut rectifié le diagnostic.

Nous basant sur ces considérations, nous croyons qu'il est logique de soupçonner une infection syphilitique concomittante quand dans les antécédents d'une poradénite inguinale on trouve à l'anamnèse une porte d'entrée évidente et durable.

### III

#### **La maladie de Nicolas-Favre précède l'accident primaire ou celui-ci passe inaperçu.**

Nous allons tout d'abord relater une observation intéressante de Petges, Lecoulant et Delas où le chancre syphilitique ayant vraisemblablement passé inaperçu en raison du phimosis, le diagnostic d'abord porté fut celui de maladie de Nicolas-Favre, la syphilis ayant été découverte ultérieurement lors de l'apparition des accidents secondaires.

## OBSERVATION VI

(Petges, Lecoulant et Delas).

P. J..., sujet portugais, âgé de 48 ans, venu en France au début de janvier 1929 pour y exercer la profession de manœuvre, est hospitalisé le 11 février 1929 pour une volumineuse adénopathie subaiguë de l'aine gauche, qui serait survenue une quinzaine de jours avant son départ du Portugal.

L'interrogatoire, difficile faute d'un interprète, ne permet pas d'obtenir des renseignements complets.

A son entrée : la région inguinale gauche est le siège d'une tuméfaction du volume d'une belle poire dont elle a la forme, à grosse extrémité située vers le pubis.

Bien limitée, de forme irrégulière, bosselée, elle a une couleur rouge cuivré sauf en quelques points ; sa consistance est dure, ligneuse ; elle est mobilisable sur les plans profonds. On provoque facilement à son niveau le signe de la peau d'orange. Elle est douloureuse spontanément, et, par la pression comme par la marche et les mouvements cette douleur devient très vive.

Elle paraît formée de ganglions hypertrophiés, englobés dans une gangue de périadénite.

A sa partie inférieure, deux points séparés, ramollis, permettent au doigt de s'enfoncer dans une dépression molle encerclée par des tissus durs en « margelle de puits ». La peau à ce niveau est d'un rouge violacé.

Cette adénite inguinale est accompagnée d'une volumineuse adénopathie de la fosse iliaque du même côté.

A droite, quelques ganglions durs, libres, roulant sous le doigt sont un peu augmentés de volume. Les autres territoires ganglionnaires ne sont le siège d'aucune autre adénite.

Un phimosis serré empêche l'examen. De l'orifice préputial s'écoule un pus jaunâtre, abondant, fétide. A travers le prépuce œdématié on ne sent aucune induration qui pourrait faire penser à l'existence d'un accident primitif soupçonné mais qu'on n'aperçoit pas.

Le foie n'est pas augmenté de volume ; la rate est perceptible.

Le malade est fatigué, pâle, amaigri ; il ne peut se livrer à aucun travail. Sa température oscille entre 36°8 le matin et 37°8 à 38° le soir.

L'examen clinique des poumons montre une légère obscurité respiratoire des deux sommets, sans phénomènes surajoutés. La radio-scopie indique une accentuation des ombres hilaires. Les sommets s'éclairent bien à la toux.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de notable.

La réaction de Hecht-Sabrazès est négative ; la réaction de Vernes à la résorcine, pour le diagnostic de la tuberculose, donne une densité optique de 115.

En présence de cette adénopathie inguinale accompagnée d'adénite iliaque, le diagnostic de lymphogranulome ne peut prêter à aucun doute et le malade est mis au traitement par des injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal à 4 %.

Du 12 février 1929 au 26 février 1929, il reçoit 14 injections intraveineuses à doses progressivement croissantes de 1 à 3 centimètres cubes de cette solution, soit 0 gr. 04 à

0 gr. 12 de sel cuprique. Le 26 février l'adénopathie est améliorée, moins rouge, moins volumineuse, avec moins de périadénite. Le malade signale, à cette date, grâce à l'entrée d'un sujet parlant le français et le portugais, qu'il souffre de la gorge et d'une céphalée nocturne pénible. Nous notons en outre l'existence d'une adénopathie cervicale bilatérale faite de petits ganglions durs, indolents. La réaction de Hecht-Sabrazès est modifiée et est devenue fortement positive (++++).

Un traitement antisypilitique est commencé aussitôt et après 7 injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure à la dose quotidienne de 1 centigramme, apparaît une roséole sypilitique caractéristique.

On passe alors (6 mars) au traitement novarsénobenzolé par voie intraveineuse.

Jusqu'au 16 avril 1929, après une dose totale de 5 gr. 25 de novarsénobenzol, l'adénite a continué à s'améliorer bien que les injections de sulfate de cuivre aient été suspendues depuis le 26 février, mais il existe encore une tuméfaction étalée faite de plusieurs ganglions réunis par une gangue de périadénite.

La peau n'y adhère plus et a retrouvé sa coloration normale. L'adénite iliaque n'a pas changé de caractère depuis le 26 février. Dès lors toute amélioration cesse jusqu'au 23 avril, le traitement par les injections de sulfate de cuivre ammoniacal étant alors repris. Le 4 mai 1929 après 11 nouvelles injections de sel cuprique, dont 9 à 3 centimètres cubes, on constate une disparition à peu près complète des masses inguinale et iliaque. Cependant l'observation continue jusqu'au 30 mai, date de l'exéat du malade, qui

prend par la bouche de la teinture d'iode à doses croissantes de XX gouttes à CXX gouttes par jour.

A son départ son état est le suivant :

La peau de l'aîne est souple, non adhérente aux plans sous-jacents. Aux deux extrémités du pli inguino-crural on trouve deux petites masses du volume d'une amande, non douloureuses, dures, mobiles, bien limitées. Dans la fosse iliaque, collée à l'arcade crurale, une petite tumeur oblongue de la grosseur d'une noisette est le seul vestige de la volumineuse adénopathie iliaque constatée à l'entrée.

L'intérêt de cette observation réside d'abord dans le fait que la lymphogranulomatose inguinale paraissait au début cliniquement seule, le chancre syphilitique ayant passé inaperçu du fait du phimosis ; ensuite parce que la maladie de Nicolas-Favre s'est améliorée initialement sous l'influence du seul traitement cuprique, que l'amélioration a été plus accusée ensuite avec le seul traitement novarsénobenzolé, mais qu'elle n'a été véritablement guérie que par l'association des deux traitements.

Parfois, l'histoire clinique est plus démonstrative que dans cette observation. On assiste à l'éclosion du chancre syphilitique, alors que la maladie de Nicolas-Favre existe déjà.

Le malade depuis quelques jours atteint de poradénite inguinale, présente immédiatement un chancre induré syphilitique typique tant au point de vue cli-

nique que par la découverte de tréponèmes à l'ultra-microscope.

Les adénopathies inguinales lymphogranulomateuses déjà existantes n'apparaissent pas modifiées.

La réaction de Wassermann est négative et ne deviendra positive que quinze jours plus tard, c'est-à-dire dans le délai réglementaire.

Cette évolution qui devrait être la plus fréquente étant donné que la maladie de Nicolas-Favre a une incubation généralement plus courte que celle de la syphilis ne se présente pourtant que rarement car le début réel et le début clinique de la maladie de Nicolas-Favre ne coïncident pas.

P. Chevallier a vu le fait se produire. Personnellement nous ne l'avons jamais constaté.

Par contre ce que nous avons pu constater, c'est l'apparition chez certains malades atteints de maladie de Nicolas-Favre de lésions génitales chancrifformes rappelant tantôt le chancre mou, tantôt la syphilis alors que toutes les épreuves biologiques et tous les examens microscopiques et anatomo-pathologiques faisaient rejeter ces deux hypothèses en montrant qu'il s'agissait de lésions inflammatoires banales.

Nous croyons intéressant d'en rapporter une observation particulièrement caractéristique.

#### OBSERVATION VII

R... Serge, 21 ans, artiste, entre à l'hôpital pour une tumeur inguinale gauche dont le début remonte à un mois

environ et qui est apparu progressivement. Le malade affirme n'avoir jamais constaté l'existence d'une lésion génitale.

La tuméfaction inguinale gauche est grosse comme une noix, elle adhère à la peau et au plan profond, douloureuse spontanément et à la pression.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative.

L'intradermo-réaction de Frei est positive.

Un mois environ après l'entrée à l'hôpital, apparaît sur la verge une ulcération ressemblant à une chancrelle, grosse comme une lentille, recouverte d'un enduit purulent et entourée d'une certaine rougeur.

L'examen à l'ultra-microscope ne montre pas de tréponèmes, une autoinoculation faite au bras est négative.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative et le sera toujours dans la suite.

La réaction de Wassermann est négative.

L'ulcération est longtemps torpide, au bout d'un mois, spontanément, elle commence à se cicatriser : on constate alors l'apparition sur le gland et le sillon banalo-préputial de petites ulcérations superficielles et fugaces, n'ayant pas l'aspect clinique de l'herpès.

Une biopsie d'une ulcération principale montre qu'il ne s'agit ni de chancre syphilitique, ni de chancre mou, ni de chancre poradénique, mais seulement d'une lésion inflammatoire banale.

L'observation prolongée du malade montrera que seule la maladie de Nicolas-Favre était en cause, qu'il n'y avait ni chancre mou, ni syphilis associés.

Il nous semble difficile d'interpréter ces faits et de trouver la cause des lésions génitales chancriformes présentées par ce malade.

L'hypothèse d'une infection banale et fortuite n'est guère satisfaisante chez des sujets très surveillés, qui sont l'objet de soins hygiéniques locaux minutieux.

Il faut peut-être admettre que ces lésions sont des manifestations cutané-muqueuses de la maladie de Nicolas-Favre dont la seule forme connue jusqu'alors est l'ulcère chronique de la vulve des auteurs allemands.

Récemment P. Chevallier et S. Bernard ont observé un cas d'ulcère chronique de la verge, qui semble très voisin des ulcérations chancriformes que nous avons plusieurs fois constatées chez les malades atteints de lymphogranulomatose inguinale.

Ayant été frappé après de nombreux auteurs par la fréquence de l'herpès génital chez les malades atteints de maladie de Nicolas-Favre, nous sommes tentés de rapprocher ces lésions chancriformes de cet herpès et sans les identifier de les expliquer peut-être par un mécanisme commun : celui des affections dites « secondes ».

Indépendamment des conclusions parcellaires que chacun des tableaux cliniques que nous venons d'envisager ont fait naître chemin faisant, il nous semble très important de constater qu'en aucun cas, les caractères cliniques et microscopiques du chancre syphilitique n'étaient altérés ou modifiés.

Dans l'infection syphilo-poradénique, on ne peut donc parler de chancre mixte comme dans l'infection syphilo-chancrelleuse.

Ainsi qu'il est de règle, la porte d'entrée du virus lymphogranulomateux passe inaperçu ou se confond avec le chancre syphilitique.

Ce sont toujours les caractères du bubon qui font soupçonner l'association des deux infections. En définitive ce sont les épreuves biologiques qui fixent le diagnostic avec certitude.

En conséquence nous allons voir maintenant si dans l'association de syphilis et de lymphogranulomatoze la signification des réactions de Frei et de Wassermann n'est pas modifiée du fait du complexe pathologique.

---

# *Valeur des réactions biologiques dans l'infection mixte syphilo-poradénite.*

---

## **La réaction de Frei.**

Certains auteurs ayant discuté la valeur de la réaction de Frei en cas de syphilis coexistante, nous croyons utile à ce propos de résumer brièvement l'état de nos connaissances sur la réaction de Frei et d'insister spécialement sur ce point essentiel : la technique de la réaction et l'appréciation des résultats.

C'est en 1925 que Frei eut l'idée d'étudier les réactions provoquées par l'inoculation dans le derme du pus de bubon poradénique dilué et tyndallisé et qu'il constata chez les sujets atteints de lymphogranulomatose l'apparition d'une papule inflammatoire qui fait défaut chez les sujets indemnes.

L'année suivante Dind obtint des résultats identiques en employant comme antigène le filtrat d'un ganglion inguinal broyé.

Depuis, d'autres antigènes furent utilisés, antigène glycéricé (Nicolas, Favre et Lebeuf), antigène prove-

nant de cerveaux de singes inoculés (Hellerstrom et Erick Wassen, Levaditi) Les résultats furent toujours comparables à ceux obtenus par Frei.

L'antigène de Frei, facile à préparer est le plus utilisé.

A l'étranger Hellerstrom, Jersild ; en France Nicolas, Ravaut et Cachera, P. Chevallier, Sézary et Lenègre en ont précisé la technique et discuté la valeur sémiologique.

1° L'antigène utilisé doit être un bon antigène, c'est-à-dire qu'il doit avoir été expérimenté sur des sujets sains, sur des sujets porteurs de bubon chancrelleux et sur des sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre. De plus cet antigène doit être assez récent. Il semble en effet que son activité ne persiste guère au delà de 3 mois et que les chiffres de 6 mois et 1 an donnés par Nicolas, Favre et Lebeuf soient exagérés.

2° Une réaction n'est positive que si elle apparaît *tardivement*, c'est-à-dire environ 48 heures après l'injection de l'antigène, elle consiste en une papule inflammatoire de la taille d'une lentille, visible, palpable, fortement infiltrée, *durable*, c'est-à-dire ne disparaissant qu'au bout de 10 à 15 jours après avoir provoqué une légère desquamation (Ravaut).

Nicolas, Favre et Lebeuf décrivent 4 types de réaction positive d'intensité croissante : une forme papuleuse, une forme papulo-vésiculeuse, une forme papulo pustuleuse, une forme abcédée.

Ces auteurs estiment que l'intensité des intrader-

moréactions est en rapport avec la gravité de la maladie, mais Sézary et Lenègre ont observé que les réactions très fortement positives s'observent surtout dans les adénites en voie de guérison ou dans des cas facilement curables.

3° En cas d'une réaction douteuse (réaction précoce protidique) ou d'une réaction négative quand la clinique oriente le diagnostic vers la maladie de Nicolas-Favre, il faut pratiquer de nouvelles intradermo-réactions en changeant d'antigène.

Ravaut enfin dans quelques cas douteux a obtenu par l'injection intraveineuse de l'antigène de fortes réactions fébriles chez les sujets atteints de poradénite inguinale et chez eux seuls.

### Valeur de la réaction de Frei.

Dans l'ensemble, tous les auteurs lui reconnaissent une grande valeur ; ils estiment qu'elle est positive chez les sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre et négative chez les autres.

C'est ainsi que Sézary et Lenègre ayant pratiqué la réaction de Frei chez soixante-trois malades indemnes de maladie de Nicolas-Favre ne l'ont trouvée positive que deux fois, encore est-il que dans un cas il s'agissait d'une femme qui avait une petite adénopathie douloureuse inguinale droite et dont le mari était soigné pour une poradénite, tandis que dans l'autre il s'agissait d'un homme qui présentait des cicatrices

consécutives à un ancien bubon vraisemblablement lymphogranulomateux.

Bien plus, Ravaut, Sézary, etc., estiment que si la réaction de Frei pèche quelquefois, ce n'est pas par excès mais par défaut ainsi que cela se voit au stade initial de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Nicolas, Favre, Lebeuf et Charpy en ont rapporté un exemple à propos d'un cas d'association syphilo-poradénique.

Quelques auteurs sont cependant plus réservés.

Pautrier, Clément Simon qui a obtenu 10 % de réaction de Frei positive chez des sujets pris au hasard et ne présentant aucun signe de poradénite inguinale, sans nier la valeur incontestable de la réaction de Frei, se demandent si elle est suffisante pour rattacher à la maladie de Nicolas-Favre des affections viscérales ou cutanées qui cliniquement ne semblent pas en faire partie.

D'autre part, et cela se rapporte plus spécialement à notre sujet : quelle est la valeur de la réaction de Frei pour le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre chez un sujet syphilitique ? De Grégorio a écrit que l'infection syphilitique pouvait donner une réaction de Frei positive sans qu'il y eut maladie de Nicolas-Favre :

« Comme conclusion de nos études, nous considérons que l'intradermo-réaction de Frei, bien étudiée et bien interprétée, aide d'une manière efficace au diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre.

« Quand elle est fortement positive, avec des réac-

tions papulo-vésiculaires, elle a une valeur spécifique certaine ; mais il existe des réactions positives d'intensité moindre et d'interprétation difficile : celles qui se produisent dans des syndromes ganglionnaires clairement chancreux, syphilitiques et lymphogranulomateux. »

En fait tout cela n'est pas très convaincant, les observations de ces auteurs sont peu démonstratives et nous pensons que vraisemblablement les réactions précoces ou douteuses ont été considérées à tort comme positives ou même que dans nombre de cas, il s'agissait de sujets qui avaient été atteints antérieurement d'une lymphogranulomatose inguinale plus ou moins nette. On, sait en effet, que la réaction de Frei persiste des années après la guérison clinique de la maladie de Nicolas-Favre (30 ans dans le cas D'Hellerstrom).

D'ailleurs Sézary et Lenègre, qui ont pratiqué la réaction de Frei chez un grand nombre de malades indemnes de maladie de Nicolas-Favre, plus particulièrement même chez des syphilitiques, s'inscrivent contre ces opinions car dans tous les cas de syphilis pure, la réaction de Frei s'est toujours montrée négative.

P. Chevallier considère aussi que la réaction de Frei a un intérêt presque pathognomonique bien que chez un malade atteint de syphilide papuleuse, tenace arséno et bismutho-résistante, il ait trouvé un Frei positif sans raison apparente.

Personnellement, nous n'avons jamais trouvé la réaction de Frei en défaut et nous considérons qu'elle est véritablement pathognomonique pour diagnostiquer la maladie de Nicolas-Favre, que le malade soit syphilitique ou non.

### **La réaction de Wassermann dans la maladie de Nicolas-Favre.**

La réaction de Wassermann peut-elle être positive dans la poradénite inguinale pure auquel cas dans l'infection mixte syphilo-poradénique elle est sans valeur diagnostique ?

C'est ce qu'affirme De Gregorio.

Cet auteur prétend, en effet, que la maladie de Nicolas-Favre pure peut s'accompagner d'une séro-réaction syphilitique positive.

« La séparation et le diagnostic exact d'une infection syphilitique ou lymphogranulomateuse exige une étude attentive des résultats des intradermo-réactions, des analyses sérologiques, parce que dans la maladie de Nicolas-Favre, à son début, stade de septicémie, avec intenses réactions fébriles, existent des cas de sérologie positive, comme l'a indiqué Ravaut et comme nous l'avons constaté nous-même, nous mettant ainsi en opposition avec la majorité des auteurs. »

Il est vrai que Ravaut a rapporté que dans quelques cas rares de lymphogranulomatose inguinale la réac-

tion de Wassermann pouvait être positive en l'absence de toute syphilis, mais il est capital de remarquer que cet auteur a insisté sur le fait que cette positivité était passagère et oscillante, c'est-à-dire que par des examens de sang répétés on établit très vite que la syphilis n'est pas en cause.

Sézary et Lenègre qui ont systématiquement fait la réaction de Wassermann chez leurs lymphogranulomateux sont formels. Pas une fois ils ne l'ont trouvée franchement et durablement positive chez les sujets indemnes de syphilis.

Nous pouvons donc affirmer que dans l'infection mixte syphilo-poradénique, la réaction de Wassermann garde toute sa valeur pour affirmer la syphilis, tandis que l'intradermo-réaction de Frei est fidèle, quasi-constante, pratiquement pathognomonique.

---

## *Traitement*

---

Un fait s'impose d'emblée et n'est pas pour surprendre : le seul traitement antisyphilitique est inefficace sur la partie lymphogranulomateuse de l'adénopathie mixte.

Il convient donc d'associer chez ces malades au traitement antisyphilitique les thérapeutiques habituellement utilisées dans la maladie de Nicolas-Favre, en particulier le stybial.

Les résultats ainsi obtenus sont identiques à ceux réalisés respectivement dans chacune des deux maladies par leur thérapeutique propre. C'est-à-dire que les manifestations cliniques de la syphilis disparaissent tandis que la réaction de Wassermann reste ou demeure négative, la maladie de Nicolas-Favre poursuit son évolution capricieuse et prolongée.

Cependant, Petges, Sézary et Lenègre ont été plusieurs fois frappés par la rapidité d'action du traitement associé antisyphilitique et antiporadénique sur l'adénopathie mixte. Il leur a même semblé que la maladie de Nicolas-Favre guérissait avec une rapidité inaccoutumée.

Est-ce une coïncidence ? ou bien faut-il admettre

que la lymphogranulomatose inguinale associée à la syphilis est plus accessible à la thérapeutique que la maladie de Nicolas-Favre pure. Nous ne prendrons pas parti. Seule une expérimentation prolongée pouvant résoudre la question.

---

## *Conclusions*

---

1° L'association de la syphilis primaire et de la maladie de Nicolas-Favre est relativement fréquente.

Que les deux affections aient été contractées simultanément ou à peu de jours d'intervalle, il semble que le chiffre de 10 % fixe approximativement la fréquence de l'infection mixte par rapport à la fréquence de la poradénite inguinale pure.

2° Le tableau clinique le plus habituellement rencontré est celui d'un chancre syphilitique coïncidant avec une pluri-adénopathie inflammatoire cruro-inguino-iliaque. Cependant la maladie de Nicolas-Favre peut cliniquement précéder la syphilis primaire ou inversement.

3° Il n'existe pas de chancre mixte syphilo-poradénique. La porte d'entrée du virus syphilo-lymphogranulomateux se confond avec le chancre syphilitique sans le modifier en rien.

4° Le diagnostic de la nature de l'infection mixte ne peut être fixé avec certitude que par des épreuves

biologiques : réaction de Frei, réaction de Wassermann.

Ces deux réactions gardent dans l'infection mixte syphilo-poradénique la valeur qu'elles ont respectivement pour diagnostiquer chacune des infections prises isolément.

La réaction de Frei pratiquement pathognomonique n'est que tout à fait exceptionnellement subpositive dans la syphilis pure.

La réaction de Wassermann n'est jamais fixement et fortement positive dans la maladie de Nicolas-Favre.

5° Le traitement antisiphilitique seul est sans action sur l'adénopathie mixte. Il faut y associer les traitements habituels de la maladie de Nicolas-Favre.

La guérison de la poradénite inguinale associée à la syphilis, traitée de la sorte, semble être plus rapide que dans la poradénite isolée.

Vu : le Président de la thèse  
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,  
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Recteur de l'Académie de Paris,  
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Chevallier (P.)*. — Discussion de la Société de Dermatologie, du 7 juillet 1932.
- Chevallier (P.) et Bernard (J.)*. — Les Adénopathies inguinales, 1933. Alcan, éd.
- Frei*. — Eine Hautreaktion bei Lymphogranulominguin (Klin. Woch., 1925, n° 45).
- Fouquet (Ch.)*. — Maladie de Nicolas-Favre (Archives Médico-Chirurgicales de Province, oct.-nov. 1932).
- Gougerot et Cohen*. — Etude de la R. de Frei (Ann. Mal. Vénér., fév. 1932).
- De Gregorio*. — L'allergie cutanée dans les Adénopathies Inguinales vénér. (Ann. de D. S., n° 6, 1932).
- Sven Hellerström*. — Lymphogr. inguin. mit primäreffekt. (Zentralblatt f. Haut. Geschlechtsk., nos 11 et 12, 5 nov. 1929, p. 690).
- Contr. à l'ét. de la lymphogranul. inguin. (Ann. des Mal. vénér., n° 12, déc. 1929, p. 1077).
- Nicolas et Favre*. — Lymphogranulomatose inguinale, Congrès de Dermatologie, 1922.
- Nicolas, Favre et Lebeuf*. — L'I.-D.-R. dans la maladie de N. F. (B. S. fr. D. et S. (Strasbourg), n° 4, 1931).
- Nicolas, Favre, Lebeuf et Charpy*. — Anergie à l'antig. Lymphogran. dans une association de mal. de N. F. et de syphilis (B. S. fr. D. et S. (Lyon, n° 1, 1932).

*Nicolas, Faure et Lebeuf.* — L. I.-D.-R. dans la maladie de N. F. (Journ. méd. Lyon, 20 mai 1930).

*Paulrier.* — Discussion S. D. et S., 1932.

*Petges, Lecoulant et Delas.* — Complexe du lymphogr. inguin. de N. F. et de l'adénite syphil. prim. et second., 1930, n° 1 (Ann. D. et S.).

*Ravaut (P.) et Rabeau.* — Réaction de B.-W. dans lymphogr. inguin. subaiguë (Ann. de D. et S., 1922).

*Ravaut (P.) et Cachera (R.).* — Bubon chancrelleux et mal. de N. F. (Ann. de D. et S., nos 2 et 3, 1932).

*Sézary et Lenègre.* — Diagnostic de la mal. de N. F. et I.-D.-R. de Frei (Presse médicale, 14 déc. 1932).

— Infection mixte syphilo-lymphogranulomateuse (Bull. S. Fr. de D. et S., juill. 1932).

*Simon (Clément).* — L'I.-D.-R. de Frei. Congrès centenaire de Fournier, Paris, 1932.

*Spillmann.* — Maladie de N. F. et syphilis Congrès dermatologie, Paris, 1932.





